Rok XXXII. Kraków, 15. Kwietnia 1893. Nr. 15.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (*Paralysis m. sphinct. pup. et m. ciliaris*).

Podał
Dr. A. Szulisławski,
okulista we Lwowie.

I. Pan R., zegarmistrz, lat 34, o dobrej i kształtnej budowie ciała, dobrze odżywiony, żadnych ważniejszych chorób nigdy nie przebywał, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że przed dwoma tygodniami, zasiadając rano do pracy (jako zegarmistrz pracuje przeważnie okiem prawem i to za pomocą lupy) spostrzegł, że kształty przedmiotu, na który patrzy, zacierają się, stają się niewyraźnymi, zlewają ze sobą a szczegółów drobniejszych wcale rozróżnić nie może. Przytem miał uczuwać dość mocny ból głowy i obudwu oczu. Ponieważ stan ten trwał bez zmiany, co mu pracę z blizka nietylko utrudniało, lecz niemal wprost czyniło niemożebną (posługiwał się obecnie l. o. a pracując za pomocą lupy, przyzwyczaił się tylko pr. o. używać), postanowił po dwu tygodniach trwania cierpienia, zasięgnąć rady lekarskiej. Przyczyny powstawania swej choroby podać nie umie. Przy dokładniejszem wypytywaniu się przyznaje, że poprzedniego wieczora dłużej, niż zwykle przesiedział (wcale nie bezczynnie) w piwiarni; po północy podniecony i zgrzany wracał do domu, przyczem chłód dotkliwie miał uczuwać. Twierdzi stanowczo, że kiły (*lues*) nie przebywał; żadnych też śladów tej choroby wykryć nie można.

Badanie wykazuje:

Podczas spokojnego patrzenia w dal, prawa szpara powiekowa bardzo widocznie węższa od lewej tak, że górna powieka nieco więcej, niż $^1/_3$ rogówki przykrywa. Podczas jak największego rozwarcia powiek, szerokość prawej szpary powiekowej = 12 mm., gdy lewej wynosi 15 mm. Ruchomość obydwu gałek ocznych we wszystkich kierunkach prawidłowa. Widzenia podwójnego niema. — Źrenica prawa znacznie rozszerzona (średnica = 6 mm.), zupełnie nieruchoma, zarówno na światło, jak i podczas ruchów gałki wcale nie oddziaływa. Lewa źrenica bezpośrednio i współczulnie ruchoma.

W pr. o. = $^6/_6$ (szpara stenop. poziomo) bez szkieł, dokładniej za pomocą cyl. — 0·5 D 90° Sn 0·5 z + 6 D. p. pobl. (p. pr.) 17 cm.

W l. o. = $^6/_6$ szkła wypukłe pogarszają Sn 0·5 p. pobl. 18 cm.

Badanie wziernikiem ocznym nie wykazuje zarówno w środkach łamiących, jak i na dnie oka żadnych zmian. Pole widzenia badane perymetrem również prawidłowe.

Na podstawie wyników tego badania rozpoznano: Porażenie zupełne zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (akomodacyi), jakoteż niedowład dźwigacza powieki górnej o. pr. (*Paralysis sphinct. pup. et musc. ciliaris cum paresi levatoris palp. sup. oc. d.*).

Atoli w przypadkach cierpień nerwowych w ogóle a w szczególności porażeń mięśniów ocznych, aby rozpoznanie było zupełnem, nie dość powiedzieć, które mięśnie są porażone, lecz koniecznie trzeba zadać sobie pytanie pierwsze dlaczego? — drugie gdzie?, czyli wykazać przyczynę, istotę cierpienia i jego siedlisko. W odpowiedzi na te pytania w porażeniu mięśniów ocznych podwójnie ostrożnym być należy, o ile, że one, niestety zbyt często, jedynymi bywają zwiastunami poważnych i ciężkich chorób mózgowych. Tyczy się to w szczególności porażeń mięśniów śródocznych (*Binnenmuskeln des Auges*), jeśli oddzielnie bez porażeń innych mięśniów oka występują i przedstawiają obraz chorobowy znany pod nazwą *ophthalmoplegia interna*.

Przyczyny tego szukać należy w stósunkach anatomicznych czyli umiejscowieniu jąder nerwowych w mózgu, dla tych mięśniów. Jądro nerwu okoruchowego leży, jak wiadomo, na dnie komórki trzeciej, mianowicie w najbardziej ku tyłowi wysuniętej części jej, rozciąga się pod wodocią-

giem Sylwiusza (*aquaeductus Sylvii*) i kończy pod tylną parą wzgórków czworaczych (*corp. quadrigem.*). Rozpada się ono na cały szereg jąderek, z których każde odrębny zaopatruje mięsień a które tak są ugrupowane, że dwa najbardziej ku przodowi wysunięte jąderka zawiadują ruchami źrenicy i akomodacyą. Bezpośrednio za niemi leżą jąderka dla mięśniów prostych wewnętrznych (zbieżność gałek, konwergencya). A więc jąderka dla trzech mięśniów, które zawsze równocześnie działają, leżą obok siebie. Dalej ku tyłowi znajdują się jąderka dla innych mięśniów oka, niewiadomo jednak w jakim porządku. Włókienka nerwowe, wychodzące z jąderek, biegną ku dołowi, łączą się ze sobą, aby na podstawie mózgu w jeden pień nerwowy złączone, okazać się na przednim brzegu mostu Warolowego, zkąd zdążają ku oczodołowi. Otóż w razie porażenia tylko mięśniów śródocznych, gdy inne są nienaruszone, niepodobna szukać przyczyny działającej w miejscu, gdzie osobne włókienka nerwowe w jeden pień się już złączyły a więc gdzieś na obwodzie, lecz tam, gdzie one jeszcze rozdzielnie istnieją a zatem w mózgu, w samych jąderkach. Ztąd w tych przypadkach rokowanie najczęściej wątpliwe.

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy mięśnie do rozmaitych grup jąderkowych należące, równocześnie są porażone, jak to jest w naszym przypadku. Tu oprócz mięśniów śródocznych uległ niedowładowi także dźwigacz powieki górnej a więc mięsień, zaopatrywany wprawdzie także przez nerw okoruchowy, którego jąderko atoli w mózgu znajduje się dalej ku tyłowi, oddzielnie od jąderek wyż wspomnianych. Tu nie zdołalibyśmy sobie wytłómaczyć, dlaczego ta sama przyczyna, która zajęła jąderka najbardziej ku przodowi położone, wybrała jedno z tylnych, oszczędzając sąsiednich. Gdy nadto niepodobna było wykazać ani żadnego cierpienia nerwowego, rdzenia pacierzowego lub mózgu, ani też znaków po przebytej kile a błonica (*diphtheria*), cukrzyca, uraz, zatrucie i t. d. trzeba było wykluczyć, słowem, gdy w niczem niepodobna było wyszukać punktu oparcia dla przypuszczenia cierpienia ośrodkowego a więc jąder nerwowych, jako przyczyny w tym wypadku działającej a nadto, gdy się wzięło w rachubę ogólny stan chorego i okoliczności, które poprzedziły wystąpienie porażenia, najbardziej zbliżonem do prawdy wydało się przypuszczenie, że cierpienie należy uważać za obwodowe, gośćcowe (reumatyczne).

Opierając się na tem zapatrywaniu, przepisano następujące leczenie: *Natr. salicyl.* (3·0 na dawkę), prąd indukcyjny, słaby, mięsienie (*massage*), wkraplanie 2% roztworu pilokarpiny.

Aczkolwiek prąd stały w przypadkach podobnych lepsze od indukcyjnego ma oddawać usługi, musiałem jednak ucicc się do użycia prądu indukcyjnego z przyczyny, że na razie prądem stałym nie rozporządzałem. Posiedzenie trwało 3—4 minut. Używałem prądu słabego, przyczem chory nie doznawał bólu. Elektrodę posuwałem lekko po powiece górnej a nadto od czasu do czasu wchodziłem, o ile to było możebnem, pod górny brzeg oczodołu, starając się prąd skierować w okolicę rzęskową.

Na pierwszem posiedzeniu musiałem kilkakrotnie w ciągu 20—25 minut wkroplić pilokarpinę, zanim źrenica się nieco zwęziła; dopiero po zakropleniu ezeryny otrzymałem po 5—8 minutach bardzo znaczne zwężenie źrenicy, przyczem chory czytał Sn 0·5 z łatwością (bez szkła) na 15 cm.

Wypada mi tu nadmienić, że tak w tym, jak i w innych podobnych przypadkach, które miałem sposobność obserwować, nie mogłem przekonać się o słuszności twierdzenia Wassercuga, jakoby w porażnem rozszerzeniu źrenicy, środki zwężające (ezeryna, pilokarpina) miały być bez żadnego wpływu, lub co najwięcej bardzo słabo i nieznacznie działać [1]). Przeciwnie (naturalnie nie mam na myśli rozszerzenia źrenicy, wywołanego atropiną) działają one wprawdzie nie tak rychło i energicznie, jak w oku zdrowem, lecz można kilkakrotnem ich zakropleniem wywołać nietylko zwężenie, ale nawet skurcz zdziergacza źrenicy i akomodacyi. Stósowanie więc środków ściągających źrenicę jest usprawiedliwionem a i z tego jeszcze powodu korzystnem, że przez nie wykonywamy pewien rodzaj mięsienia, skierowanego wprost na mięśnie chore.

Wspomniałem wyżej, że stósowałem w tym przypadku delikatne mięsienie oka; otóż nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, które przy tej sposobności zrobiłem a to, że działanie pilokarpiny występowało nierównie prędzej i wybitniej, skoro zaraz po wkropleniu wykonywałem mięsienie. (Nie mogę tego samego powiedzieć o działaniu prądu indukcyjnego).

Już po kilku dniach można było widzieć niewątpliwą poprawę. Szpara powiekowa powiększała się stopniowo a powieka górna stósownie do tego wyżej też mogła być dźwigniętą. — Zwężenie źrenicy wywołane działaniem pilokarpiny, które z początku, nawet po kilkakrotnem zapuszczeniu, trwało zaledwie kilka godzin, przedłużało się stopniowo tak, że później jedna kropla wystarczała do zwężenia przez 24 godziny a w końcu używanie pilokarpiny okazało się zbytecznem. W ciągu czterech tygodni leczenia wszystkie wyż wymienione przypadłości ustąpiły i dotychczas, t. j. 10 tygodni po ukończeniu leczenia nie powróciły. Okoliczność ta zdaje się również przemawiać za słusznością rozpoznania; wiadomo bowiem, że porażenia obwodowe ustępują względnie szybko i pewnie, pozwalają też dobrze rokować. (Dok. nast.)

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

Sposób, jakiego używam w celu wybadania zmian w tchawicy po tracheotomii, polega na użyciu rurek prostych wązko lejkowatych, które wprowadzam przez przetokę do tchawicy. Długość rurek, stósownie do wieku chorego, wynosić może 4—5—10 ctm., szerokość odpowiada różnej wielkości kaniulom (Nr. 1 — Nr. 6), kształt przedstawia rurkę o równej szerokości albo też zwężającą się nieco ku dołowi, w każdym jednak razie lejkowato rozszerzoną w górze. Tym wziernikom dałem nazwę lejków tchawiczych (Trachealtrichter) a badaniu nazwę tracheoskopii. Najkrótszym lejkiem, jakiego używam u dzieci, jest lejek uszny; dłuższe różnego kalibru kazałem sobie porobić przez skrócenie lejków nosowych Zaufala. Dla dorosłych kazałem porobić umyślnie lejki metalowe odpowiedniej wielkości. Oprócz tych wzierników

[1]) Dr. D. Wassercug: Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. Warszawa 1891, str. 161.

używam także podobnych z długiem trójkątnem wycięciem z jednej strony; te pozwalają na dokładne obejrzenie jednej ściany tchawicy i są dogodne przy operacyach w jej górnej części. Wreszcie używam także wziernika dwulistnego na wzór dwulistnego wziernika dla cewki urządzonego, tylko że listki jego krótsze a szersze są, niż w cewkowym, dają się zaś rozwierać, podobnie jak w tamtym, za pomocą śrubki. Badanie odbywa się zwykle w pozycyi chorego siedzącej, w razie potrzeby w leżącej. Chory siedzący powinien tułów dobrze naprzód nachylić, grzbiet wyprostować, głowę jak najwięcej w tył wygiąć; światło znajdować się powinno z prawej strony chorego i nieco w tyle, płomień sam na wysokości pomiędzy ramieniem a łokciem. Chory leżący winien grzbiet wyprostować, głowę poza krawędź stołu wysunąć i jak najwięcej w tył zwiesić; światło stać powinno po jego stronie lewej w okolicy łokcia lub nieco bliżej. Badający staje, gdy chory siedzi, przed nim, gdy leży, siada za nim i rzuciwszy reflektorem światło w przetokę tchawiczą wprowadza w nią lejek, wsuwa go dalej pod kontrolą wzroku w tchawicę i ustawia w jej osi. Samo wsuwanie wywołuje kaszel, który jednak często sam ustaje, gdy się wziernik wsunęło i trzyma go spokojnie; wreszcie można i wśród kaszlu dokładnie rozejrzeć się w tchawicy. U osób bardzo drażliwych albo też do operacyi w tchawicy dobrze jest ściany jej poprzednio pomazać roztworem kokainy 1:4 w wodzie a jeszcze lepiej w wyskoku. U małych dzieci, u których nie da się dokonać badania po dobrej woli, trzeba mieć pewnych pomocników, którzyby dziecko trzymali w stósownej pozycyi. W badaniu tem przeszkadza nieraz podbródek; trzeba go często ku tyłowi odpychać lub pomocnikowi polecić to odpychanie. Jeżeli teraz światło skierujemy reflektorem w głąb lejka a lejek ściśle przytrzymujemy w osi tchawicy, to możemy widzieć dokładnie głąb tchawicy, jej podział i początki oskrzeli. O ile potrzeba, możemy wziernik skierować więcej ku jednej lub drugiej ścianie tchawicy, ściany górnej jej części, wśród których tkwi wziernik, oglądać możemy podczas wsuwania go lub wysuwania. Chcąc zajrzeć w oskrzele prawe wyginamy tułów w pasie na lewo do osi ciała, na prawo zaś chcąc zajrzeć w oskrzele lewe. W pierwsze zwykle z łatwością zajrzeć można dość głęboko; klin podziałowy między jego dolną a średnią gałęzią nieraz już widziałem tym sposobem [1]). Tej samej metody używam w celu podjęcia rękoczynów w tchawicy pod kontrolą wzroku. Jeżeli potrzeba ich zajdzie zaraz po tracheotomii (ciała obce), albo potrzeba chloroformować chorego, to badanie i potrzebne zabiegi wykonywam na chorym leżącym, w przeciwnym razie na chorym siedzącym.

Przyjrzyjmy się obecnie różnym sprawom chorobowym, sprowadzającym zwężenia tchawicy, jak się nam u tracheotomowanych przedstawią. Zasychanie wydzieliny oskrzeli i tchawicy występuje tu o wiele łatwiej, niż u nietracheotomowanych; nie potrzeba tu ropotoku Störka, wystarczy do tego zwykły nieżyt. I nic dziwnego: parowanie bowiem daleko łatwiej przez kaniulę odbywać się musi niż drogami naturalnemi. Zasychanie wydzieliny w kaniuli jest rzeczą bardzo zwykłą i ono to dało głównie powód do używania kaniul podwójnych. Zasychanie w samej tchawicy jest już znacznie rzadsze a zwłaszcza w stopniu, w którymby mogło sprowadzić zwężenie. Zdarza się jednak nieraz, że skutkiem niego oddech doznaje utrudnienia, aż w końcu podczas kaszlu wyrzucone zostaną większe strupy zaschłej wydzieliny. Czasami, choć na szczęście bardzo rzadko, przychodzi tu do zwężenia istotnie groźnego. Badanie wziernikiem wykaże nam nagromadzenie się wydzieliny na ścianach tchawicy lub w początkach oskrzeli, tworzącej albo gruby pokład na jednej ścianie siedzący albo też oblepiającej ściany dokoła. W celu leczenia zaleca się wziewanie środków alkalicznych lub solnych powyżej wspomnianych. Natomiast nie są stósowne w tych razach wziewania środków ściągających jak tanina, ałun, cynk albo balsamicznych, jak olejek terpentynowy, jałowcowy, sosnowy itp. Wziewania w ogóle działają tu mocniej i pewniej niż u nietracheotomowanych, gdyż przez kaniulę dostanie się do tchawicy więcej rozbryzganej cieczy, która i strupy łatwiej odwilży i wywoła kaszel mocniejszy. Jeszcze łatwiej wykrztuszenie nastąpi za użyciem wziewań po wyjęciu kaniuli; gdyby wziewania jednak skutku nie miały, można przesunąć przez tchawicę kateter z obciętym końcem, którym się nietylko strupy od ściany oderwie, ale nadto zwykle część ich pod wpływem kaszlu w otwór kateteru się dostanie i z nim wyciągniętą być może. Wygodniej jednak i pewniej pod kontrolą wziernika użyć szczypczyków krtaniowych Schröttera. Szczypczyki te, odgiąwszy je tak, by przejść mogły przez wziernik, wprowadzam następnie do tchawicy lub oskrzeli i chwytam pod kontrolą wzroku zaschłą wydzielinę; w ten sposób część jej wyjmę, a resztę poruszę tak, że nieraz sam chory ją wykrztusi. W razie potrzeby można powtórzyć to samo i w końcu zupełnie oswobodzić tchawicę lub oskrzela.

W krupie zawdzięczam mechanicznym zabiegom w tchawicy wyratowanie nie jednego dziecka, które bez tego niechybnie już było stracone. Tutaj po tracheotomii, często zaraz po założeniu kaniuli, oddech jest zupełnie lekki; nierzadko jednak znajdujące się w tchawicy błony utrudniają go na razie znacznie. W takim razie muszą one być usunięte przed założeniem kaniuli. Czasem wyrzuci je dziecko samo po otwarciu tchawicy, czasem włożenie kaniuli i wyjęcie jej, gdy oddech nie jest zupełnie lekki, pobudzi dziecko do ich wykrztuszenia; gdy to nie nastąpi, możemy przesunąć przez tchawicę kateter z obciętym końcem a wreszcie możemy użyć szczypczyków Schröttera, co i bez kontroli wzroku zrobić można, jeżeli się tylko łyżeczki ich tak ustawi, aby się rozwierały ku przodowi i tyłowi a nie na boki, a w ten sposób nie mogły uchwycić za klin podziałowy tchawicy. Najczęściej potrzeba taka zachodzi, jeżeli musimy robić tracheotomię po intubacyi O'Dwyera na drugi lub trzeci dzień. Tu bowiem było dość czasu, by się wytworzyły grube błony w tchawicy a nawet w oskrzelach. W razie pojawienia się następowego zwężenia po tracheotomii nie zwykłem już działać na ślepo, ale badam naprzód wziernikiem tchawicę a następnie przez wziernik pod kontrolą wzroku usuwam przyczynę zwężenia. U dzieci bardzo małych, gdzie skutkiem wązkości wziernika nie mogę przezeń przeprowadzić narzędzia, wolę zawsze wprzód obejrzeć tchawicę, bo to obejrzenie służy mi za wskazówkę do dalszego działania, choćby i na ślepo. Badanie to wykaże nam tu, że zwężenie pochodzi z nagromadzenia się albo błon, albo też zielonawo szarej lub brunatnej masy, która często poprzedza tworzenie się błon, i zdaje się, iż powstaje z jednostajnego zmięszania się wypociny krzepnącej z wydzieliną śluzowo ropiastą zasychającą. Masy te, zupełnie klej stolar-

[1]) Porównaj wspomniane powyżej. Pieniążek „Uzupełnienie do dzieła własnego“ oraz Pieniążek „Ueber Speculirung der Luftröhre“ Wiener med. Blätter 1889.

ski przypominające, znajdujemy, podobnie jak białe błoniaste okłady na ścianach tchawicy, na jej podziale lub w oskrzelach. Wiedząc, gdzie są, możemy do ich usunienia użyć szczypczyków krtaniowych ustawionych odpowiednio; używam tu także swojej łyżeczki tchawiczej, zrobionej na wzór łyżeczki usznej, tylko na stósownie długim, cienkim, dającym się naginać trzonku osadzonej. Przy owych kleistych masach zwrócić muszę uwagę na potrzebę przeplatania odpowiednich manipulacyj częstemi wziewaniami i sztucznem oddechaniem, gdyż bardzo łatwo, nawet wyjąwszy część tych strupów przez poruszenie ich reszty, można zakleić mały otworek, jaki jeszcze wśród nich pozostał, a tem samem zatamować oddech do reszty. W razie wolnej od błon tchawicy znajdziemy ją często zaczerwienioną a klin podziałowy skutkiem obrzmienia nie przedstawia się ostry, lecz zaokrąglony; początki oskrzeli przedstawiają nam się nie okrągłe, lecz eliptyczne lub nawet szczelinowe, co polega na optycznem złudzeniu wobec skośnego odejścia oskrzeli od tchawicy przy obrzmieniu klinu. Jeżeli taki obraz znajdziemy obok przypadów zwężenia, to przyczyna zwężenia tkwić może niżej w oskrzelach głównych lub drugorzędnych. Jeżeli nad każdem płucem znajdziemy wszędzie jednakowy szmer, przemawia to za pierwszem przypuszczeniem; jeżeli szmery będą nad różnemi częściami płuc różne, to przemawia to za przypuszczeniem drugiem. Przytem w razie zajęcia mniejszych oskrzeli przeważa szmer zwężenia podczas wydechu a wdech bywa dość krótki. I tu musimy za pomocą lekko zagiętych szczypczyków lub łyżeczki wyciągać błony, działać jednak musimy na ślepo; wziernik posłużyć nam tylko może do łatwiejszego wprowadzenia narzędzia do jednego lub drugiego oskrzela, co jednak i bez tego można zrobić bez trudu. W ten sposób dojść można nie tylko do końca tak prawego, jak i lewego oskrzela, ale nadto ztamtąd wprowadzić można narzędzie do gałęzi jego dolnej i to po obu stronach; po prawej udaje się wprowadzić je także i do gałęzi średniej. Przez usunięcie błon z tych oskrzeli ułatwi się dojście powietrza przynajmniej do dolnych płatów obu płuc, co do utrzymania życia na razie wystarczy. Wszystkie zabiegi tego rodzaju wskazane są jedynie wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa zaduszenia, tj. wtedy, kiedy już nie ma nic do stracenia; ale też wtedy nieraz przez nie zyskać można życie dziecka. Łatwo też pojąć, że wobec takiego stanu nieraz forsowne sztuczne oddechanie, obok wyjmowania błon bywa niezbędnie potrzebne [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Jak wykazały badania porównawcze, pasorzytnictwo najniższych grzybków, schizomycetów, znajduje współzawodnictwo w najniższych przedstawicielach świata zwierzęcego, pierwotniakach (*protozoa*). Jednocześnie z wykazaniem nadzwyczajnie wielkiego rozprzestrzenienia się tworów tych w świecie żyjącym, udowodniono, że niektóre z gatunków ich, głównie zaś rodzaje *coccidium*, *sporidium* i *flagellatae*, przebywają jako pasorzyty wewnątrz komórek nabłonkowych zwierząt wyższych. Spostrzeżenia w tej mierze, tyczące się przewodu pokarmowego i wątroby u królików i owiec, datują się jeszcze z przed kilkudziesięciu lat (Hake, Waldenburg, Leuckart).

W nowszych czasach przedmiotem badań i sporów w tym względzie stały się niektóre sprawy chorobowe w skórze ludzkiej, w których wykryto obecność wielkiej ilości ciał kulistych, bardzo przypominających wejrzeniem *protozoa* z wątroby królików. Podobieństwo tych tworów w chorobie skóry, znanej pod nazwą *molluscum contagiosum*, zaznaczone przed laty przez Virchowa, później Bollingera, w nowszych czasach przedstawione zostało już jako rzecz pewna w pracach Neissera [1]) i Pfeiffera [2]), którzy starali się wykazać związek przyczynowy pomiędzy obecnością tych ciał pasorzytniczych a samą sprawą patologiczną — bujaniem komórek nabłonkowych w skórze. W ostatnich latach z tego powodu powstał rozłam w poglądach dermatologów na etyologią takich spraw, jak *molluscum contagiosum*, choroba Pageta, *dermatite folliculaire végétante* Dariera: gdy jedni opierając się na twierdzeniach Wickhama, Dariera, Neissera i in., stawiają sprawy te w skórze w ścisłej zależności etyologicznej od obecności pewnych tworów, będących protozoami, drudzy (Kaposi, Török, Tommasoli, Dühring) uważają same te twory jedynie za komórki nabłonkowe w różnych okresach przemian wstecznych, odmawiając im przez to samo wszelkiego znaczenia przyczynowego.

Jak łatwo pojąć, te różnice w poglądach, istniejące do ostatnich czasów, można rozstrzygnąć jedynie tylko badaniami dokładnemi nad morfologią i biologią owych domniemanych sprawców rzeczonych spraw patologicznych, — pierwotniaków (*protozoa*). Niestety wiadomości zoologiczne w tej mierze są bardzo niewystarczające, dane zaś co do strony patogenetycznej tych najniższych zwierząt ograniczają się do luźnych komunikatów naukowych, nie ujętych jeszcze w całość systematyczną. Jeżeli więc postęp wiedzy w tej mierze ma rzucić nowe światło na etyologią wielu jeszcze ciemnych pod tym względem spraw chorobowych, to musi przebyć tę samą drogę, jaką w ciągu ostatnich lat 15 tu przebyła bakteryologia, tak świetne przyniosłszy wyniki; konieczne tu jest współdziałanie zarówno patologów, jak i przedewszystkiem zoologów, którzy tu wiele jeszcze mają do zrobienia.

W ostatnich czasach wybitne stanowisko na tem polu tak mało uprawianem zajął L. Pfeiffer z Weimaru. W dziełku swem *„Die Protozoën als Krankheitserreger"* usiłuje on dać dokładną o ile można charakterystykę tych chorób, w których znaleziono wewnątrz pierwocin tkankowych rozmaite postacie pierwotniaków. Opisane sprawy patologiczne tyczą się zarówno zwierząt niższych, bezkręgowych (*insecta, vermes*), jak i kręgowców, jak wreszcie i człowieka. Dla zrozumienia i oceny rezultatów prac, które przytoczymy poniżej, nie od rzeczy będzie poznać w jak najkrótszym zarysie najważniejsze cechy tych najniższych tworów zwierzęcych, których charakterystykę podaje Pfeiffer na podstawie prac specyalistów, jak Bütschli, Balbiani, Leuckart, Schneider i inni.

Pierwotniaki (protozoa) zaliczone są przez zoologów do działu IX-go świata zwierzęcego. Grupa ta obejmuje liczne postacie tworów, stojących na najniższym stopniu rozwoju tak, iż niektóre z pomiędzy nich zaliczane bywają zarówno do świata zwierzęcego, jak roślinnego.

Główną ich cechę stanowi budowa jednokomórkowa obok zupełnego braku jakichkolwiek wyosobnionych narządów, budowa utrzymująca się zawsze, we wszystkich okresach życia; warunkiem dla nich koniecznym jest stan płynny

---

[1]) Pod tym względem porównaj: Pieniążek: *„Ueber das Verfahren beim Auftreten secundärer Suffocationsanfälle beim Croup nach Tracheotomie" Archiv. für Kinderheilkunde Band X.*

[1]) Vierteljahrschrift für Dermatologie 1888 N. XV.

[2]) Zeitschrift f. Hygiene 1888.

lub przynajmniej wilgotny otoczenia. W braku wody, tlenu lub pożywienia ciało ich kurczy się coraz bardziej i przemienia wreszcie w maleńką okrągłą torbiel, co ma nader ważne znaczenie w sprawie mnożenia się i rozszerzania pierwotniaków, gdyż tak zmienione twory znoszą bez szkody wysuszenie i w tym stanie z łatwością mogą być przerzucane z miejsca na miejsce. Młode osobniki kształtem i wielkością mało się różnią od dojrzałych, lecz posiadają zato pewną właściwość wyłączną, występującą w pewnym okresie ich rozwoju: jest nią zdolność poruszania się za pomocą wypustki czyli t. zw. nóżek wrzekomych, które jednakże rychło tracą a z niemi zarazem i możność wykonywania ruchów.

Odróżniają zwykle 3 oddzielne grupy czyli klasy pierwotniaków: *1) Infusoria, 2) Sporozoa*, do których należą rodziny *Gregarinae*, *Coccideae* i *Sporidia* (*Mikro-Myxo-* i *Sarco-sporidia*) *3) Sarcodina* z podziałem na *Radiolaria*, *Heliozoa* i *Rhizopoda*. Z tych 3 klas tylko *Sporozoa* zasługują na bliższą naszą uwagę, obejmując sobą wszystkie postacie opisanych dotyczas pasorzytów z pomiędzy *protozoa*, gdy zarówno klasa 1., jak i 3. nie dostarczyły dotychczas materyału pod tym względem. *Sporozoa* w okresie dojrzałym nie mają ściśle typowego wejrzenia: kształt ich, wielkość a nawet ilość zarodników zależą od stosunków miejscowych komórki, w której przebywają jako pasorzyt. Wreszcie co się tyczy znaczenia chorobotwórczego tych drobnoustrojów, to ogólnie mówiąc, tem wybitniej ono występuje, im niższy jest stopień rozwoju pasorzyta.

Rozmnażanie odbywa się przez podział, przyczem tworzy się wielki torbiel pasorzytniczy zawierający wewnątrz młode zarodki kształtu sierpowatego (*Schwärmercystenstadium*), lub też występuje forma przejściowa w postaci mniejszych torbieli (*Sporocysten*) wewnątrz pierwotnej wielkiej i dopiero w tych sporocystach mieszczą się zarodniki (*Dauercystenstadium*).

Pod względem działania pasorzytniczego ograniczają się pierwotniaki wyłącznie do komórek, które też od pierwszej chwili infekcyi są stałem i jedynem ich siedliskiem. Zarodnik jeden lub też kilka razem, przemknąwszy do wnętrza komórki, czas jakiś może pozostawać spokojnie, nie sprawiając widoczniejszych zmian w otoczeniu; odkąd zaś rozpoczyna się jego rozwój, poprzedza go przerost komórki, która w dalszym ciągu ulega stopniowo zniszczeniu i wreszcie zanika zupełnie, w miejscu zaś jej pozostaje pasorzyt, mający istnieć nadal bardzo długo pomiędzy pierwocinami komórkowemi tkanki, jako jedna ze składowych jej części, odżywiająca się za pomocą wchłaniania soków z otoczenia. Udział jądra komórki zajętej bywa różny, stósownie do rodzaju pasorzyta: niekiedy zachowuje się ono bardzo długo bez zmiany, lecz są postacie protozoa, rozpoczynające zniszczenie komórki od jądra (*Karyophagi*). W przypadkach licznego zakażenia komórki kilkoma lub nawet kilkudziesięcioma zarodkami naraz, zwykle tylko jeden lub najwięcej parę rozwija się dalej i dojrzewa, podczas gdy całe ich mnóstwo pozostaje bez zmiany, dopóki nie powstaną dla nich warunki sprzyjające. Od czego zależy właściwie działanie niszczące pasorzytów na komórkę zajętą i jej otoczenie, obecnie ściśle określić nie można; według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to działanie chemiczne pewnych wytworów trujących te *protozoa*, jak to wskazuje przebieg niektórych lepiej znanych spraw chorobowych zwierząt, zależnych od obecności pierwotniaków, jak np. *coccidiosis acuta* u królików, cechującej się objawami cierpienia wybitnie infekcyjnego, przebiegającego ostro.

Obecność mocno trujących ciał w wyciągu glicerynowym z torbieli zarodnikowych rodzaju *sarcosporidia* stwierdził Pfeiffer doświadczeniami na zwierzętach. W końcu wspomnimy o nierzadko występującym fakcie symbiozy pierwotniaków z bakteryami. Trudno rozstrzygnąć, jaki jest stosunek wzajemny w większości przypadków tych współzamieszkujących drobnoustrojów: niekiedy niewątpliwie przeniknięcie do tkanki i działalność jednego z nich ułatwia osiedlenie się tamże drugiemu, który znajduje już zmniejszoną miejscowo odporność komórek i grunt podatniejszy (*mutualistische Symbiose*), lecz prawdopodobnie zdarzać się może, że działanie ich może sobie do pewnego stopnia sprzeciwiać, ograniczając się wzajemnie z korzyścią dla komórek zakażonego ustroju (*antagonistische Symbiose*).

Skreśliwszy w krótkich najogólniejszych rysach ważniejsze cechy biologiczne pierwotniaków, przejdziemy do rozpatrzenia poglądów różnych badaczów na obecność ich wewnątrz komórkowych elementów nowotworów rakowych, ich związek domniemany z powstawaniem tych guzów, wreszcie, do krytycznych zarzutów przeciw tym poglądom. Pierwsze spostrzeżenie obecności w komórkach rakowych tworów, przypominających bardzo pewne postacie pierwotniaków, zrobione było przez wspomnianego powyżej badacza L. Pfeiffra w roku 1887. Badając dwa przypadki raka barwikowego (*melanocarcinoma*) podudzia, znalazł wewnątrz komórek rakowych, w miejscu jądra lub ciała ich, twory, które uważa za pasorzyty z grupy pierwotniaków; porównywając różne ich postacie z bardziej znanemi rodzajami pierwotniaków, spostrzegł największe ich podobieństwo do rodzaju *microsporidia*, mianowicie zaś do gatunków *plasmodiophora brassicae* i *synchytrium mercuriale*. Podczas badania oddzielnych komórek na ogrzewanym stoliku mikroskopowym widzieć było można ruchy amebowate tych tworów wraz z przesuwaniem się w nich jądra. Wielkość ich dochodziła do 20 mikronów (mikron = $^1/_{1000}$ mm.). Określić rodzaju pasorzytów, spotykających się w komórkach rakowych, zdaniem autora teraz jeszcze nie można; o ile sądzić wolno na podstawie znacznego materyału porównawczego nie chodzi tu bynajmniej o którąś ze znanych postaci z pomiędzy *coccidia* lub *sporidia* a nawet ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa przypuścić należy, że w różnych rodzajach nowotworów rakowych znajdują się też rozmaite postacie pasorzytów-pierwotniaków. Wnioski te wyprowadza Pfeiffer później na podstawie dalszych swych badań we wspomnianem powyżej dziele *„Protozoën als Krankheitserreger“*.

Rok upłynął od pierwszego doniesienia Pfeiffra bez nowych w tym kierunku nabytków w literaturze; spostrzeżenia te, zdawało się, że przeszły bez wrażenia, nie wywoławszy zaprzeczeń ani też potwierdzeń ze strony innych badaczów. Lecz w roku 1889 zjawia się kilka prac, w następnym zaś 1890 cały ich szereg, które dostarczyły nowych szczegółów morfologicznych w sprawie spostrzeganych tworów w komórkach raka. Albarran[1]), Michaux[2]), Malassez[3]) we Francyi, z niemieckich zaś autorów Thoma[4]), pierwsi opisali znalezione twory wewnątrz komórek rakowych, podając je już jako niewątpliwe drobnoustroje, należące do pierwotniaków. W obydwóch swych przypadkach raka szczęki górnej Albarran spostrzegał wewnątrz komórek nabłonkowych, rzadziej pomiędzy niemi, twory okrągłe lub nieco wydłużone, kształtem przypominające bardzo *coccidia*. Co się tyczy znaczenia obecności tych drobnoustrojów, to pod tym względem posuwają się dalej we wnioskach ze swych spostrzeżeń Michaux i Malassez, którzy nadają temu znaczenie etyologiczne, kładąc w zależności samo bujanie tkanki nowotworowej od obecności wykazanych kokcydyj. Thoma uważa twory za niewątpliwie pasorzytnicze, które znajdował w komórkach rakowych z żołądka, sutka i odbytnicy. Składają się one z pierwoszcza (*protoplasma*) i jądra, mają kształt okrągły, owalny lub czółenkowaty i mieszczą się pojedyńczo lub grupami po 4 lub 6 wewnątrz jąder komórek nabłonkowych raka. Jądra te zwykle są znacznie rozciągnione, słabo się barwią i okazują oznaki zwyrodnienia. Niekiedy spotykał on w komórkach twory w postaci kul jednostajnych,

---

[1]) De la contagion du cancer. (Semaine medicale 1889, 29). —

[2]) Sur les tumeurs epitheliales, contenants des psorospermies. (Sem. med. 1889, 13).

[3]) Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme. (Arch. de med. exper. T. II).

[4]) Ueber eigenartige parasitäre Organismen in den Epithelzellen der Carcinome. (Fortschritte der Medicin 1889).

mocno załamujących światło, lecz nie barwiących się barwikami jądrowymi, zawierających wewnątrz znaczną ilość drobnych ciałek chromatynowych. (C. d. n.)

Choroby skórne i weneryczne.

E. B. **O leczeniu wiewiórowego (tryprowego) zapalenia pęcherza moczowego.**

W średnich latach życia występuje prawie wyłącznie tylko wiewiórowe zapalenie pęcherza moczowego i to w różnych okresach tej choroby wymagając różnego też leczenia. Zarażenie pęcherza moczowego pojawia się albo w bardzo wczesnym okresie wiewióra, zwykle po kateteryzowaniu lub źle zrobionej injekcyi albo w okresie późniejszym, gdy wiewiór postępując w cewce doszedł do samego pobliża pęcherza moczowego a wtedy już zbytnie chodzenie, eksces jakikolwiek i t. p. wystarczają, by sprawa chorobowa przekroczyła zdziergacz i zajęła pęcherz moczowy.

Bez względu na przyczynę bezpośrednią, która wywołała przeniesienie się sprawy z cewki moczowej na pęcherz, trzeba wiewiórowe zapalenie tego organu leczyć przede wszystkiem środkami miejscowemi a metoda, której się pod tym względem trzymają w szpitalu Neckera w Paryżu, jest następująca:

1) Ma się do czynienia z chorym nawiedzonym przez wiewiór w pierwszym jego okresie, który dostał zapalenia pęcherza moczowego po injekcyi lub niewczesnem kateteryzowaniu, u którego zajęte są tak przednia jak i tylna część cewki moczowej, zkąd zaraził się pęcherz. Rozpoznaje się ten stan po bardzo częstem parciu na mocz i bólach w pęcherzu, które wystąpiły po bólach w cewce.

W tym okresie choroby należy wziąć się przede wszystkiem do przepłukiwań *(lavages)* pęcherza i cewki moczowej, do czego według najnowszych prac Janeta z pracowni prof. Guyona nadaje się najbardziej roztwór nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) tem słabszy, im ostrzejsze jest cierpienie. Rozpoczyna się od roztworu 1 na 5000 a dochodzi do roztworu 1 na 2000 w miarę, jak się stan poprawia.

Przepłukiwania te robi się raz dziennie przez 5 lub 6 dni po sobie, poczem albo chory pozbywa się zupełnie swego cierpienia albo przynajmniej doznaje polepszenia a wtedy po 3 lub 4 dniach pauzy robi się znowu przerzeczone przepłukiwania.

Przepłukiwanie pęcherza jest zabiegiem bardzo prostym a odbywa się albo za pomocą zgłębnika albo bez niego. — Pierwsze znane jest powszechnie a chodzi tylko o to, by je robić lekko, nie obrazić przy tem ani cewki ani pęcherza i uważać na to, by zgłębnik wyjąć wtedy, gdy pęcherz już się napełnił a to w tym celu, by chory sam pęcherz swój wypróżniając przepłukał cewkę.

Przepłukanie bez cewnika nie jest tak ogólnie znane, jest równie proste jak z cewnikiem a wydaje się lepszem. Potrzeba do niego irygatora z rurką dosyć długą zakończoną w małą kankę. Po oddaniu moczu przez chorego wkłada mu się kankę do otworu cewki tak, by przez zaciśnienie płyn z niej nie mógł wypływać a następnie podnosi do stósownej wysokości irygator. Zazwyczaj ciśnienie od jednego do 1·3 metra wystarcza zupełnie do przezwyciężenia zdziergacza pęcherza i napełnienia pęcherza, poczem chory sam go wypróżnia.

2) W przypadku drugim, gdy zapalenie pęcherza moczowego występuje w późniejszym okresie choroby, t. j. gdy wiewiór zajmuje tylną część cewki, należy przede wszystkiem przekonać się, czy nie ma zwężenia cewki, które samo przez się może być przyczyną utrzymywania się zapalenia się pęcherza moczowego. Do tego użyć najlepiej eksploratora z guziczkiem dosyć grubym (nr. 12 do 14 skali Charrièrowskiej). Jeżeli jest zwężenie, naprzód trzeba je leczyć przez rozszerzanie systematyczne a następnie dopiero wziąć się do leczenia zapalenia pęcherza moczowego.

Tutaj zachodzić mogą dwie okoliczności.

a) Zapalenie pęcherza moczowego nie jest znaczne, potrzeba oddawania moczu nie częsta a pęcherz, co rzecz najważniejsza, znosi płyn dobrze. Wtedy należy przepłukiwać pęcherz moczowy roztworem 1‰ azotanu srebrowego (kamienia piekielnego) raz dziennie, przechodząc prędko do roztworu 2‰ a nawet mocniejszego, jeżeli zapalenie pęcherza opiera się leczeniu. Przepłukiwania robi się w ten sposób, że kateter wprowadza się aż do części krokowej cewki, by także poddać działaniu tę jej część, poczem wypuściwszy płyn wpuszcza się nową ilość jego i zatrzymuje ją przez 5 do 6 minut, by zadziałała dobrze na błonę śluzową. Ilość płynu do pęcherza wstrzykiwanego zależy od zdolności pęcherza zatrzymania go w sobie i nie da się z góry oznaczyć.

b) Zapalenie pęcherza jest gwałtowne, potrzeba oddawania moczu bardzo częsta, bóle znaczne a pęcherz nie znosi płynu. Wtedy nie wolno przepłukiwać pęcherza a natomiast wkrapla się do pęcherza zwykłym wkraplaczem (*instillateur*) 14 do 20 kropli 1% roztworu azotanu srebrowego dochodząc rychło do roztworów 4 do 5% (co najwięcej).

Rozumie się samo przez się, że we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia pęcherza moczowego zaleca się chorym spokojne leżenie, unikanie przypraw korzennych i napojów wyskokowych.

Bardzo skutecznemi okazują się kąpiele wannowe ciepłe, długie a w razie gwałtownych bólów czopki morfinowe.

Za najważniejszy środek zapobiegający wiewiórowemu zapaleniu pęcherza moczowego uważać należy unikanie wstrzykiwań i kateteryzowań w pierwszych dniach wiewióra, by nie wprowadzić zarodków chorobowych do tylnych części cewki. (*La médecine moderne. 1. avril, 1893*). *D.*

Patologia.

Trzy nowe sposoby osłuchiwania.

1) B. Ward Richardson: *Intrathoracic auscultation.*
2) A. Hoffmann: *Ueber oesophageale Auscultation.*
3) Boy-Teissier: *L'auscultation rétrosternale dans les maladies cardio-aortiques.*

1) Richardson wprowadzając zgłębnik choremu, podejrzanemu o zwężenie połyku, nie mógł wykazać zwężenia, ale usłyszał lekkie tarcie podczas przesuwania się zgłębnika przez pewne miejsca w połyku. Chcąc je zbadać jeszcze dokładniej, postanowił mu przysłuchać się; w tym celu nałożył na wolny koniec zgłębnika słuchawkę i przekonał się teraz, że takie samo tarcie słychać podczas przesuwania się zgłębnika przez cały połyk (a więc w tym przypadku zwężenia nie było), inne zaś dźwięki powstają za uderzeniem zgłębnika o płyn w żołądku a odmienne znów prawdopodobnie wskutek kurczenia się ścian żołądka.

Po wprawie przez jakiś czas w tym względzie i podczas osłuchiwania w różnej wysokości, doszedł autor do przekonania, że sposób ten nadaje się przedewszystkiem: do rozpoznawania zwężeń połyku w pierwszych zaraz początkach, dalej w chorobach żołądka zwłaszcza jego ścian, n. p. guzach, w chorobach serca, gdy przez zewnętrzne osłuchiwanie tonów ani usłyszeć, ani rozróżnić nie możemy, n. p. w zapadzie, tętniakach lub skombinowanych wadach serca.

Doniesienie to wypowiedział R. na posiedzeniu Tow. lek. londyńskiego, przyczem Routh zwrócił uwagę, iż jeszcze dawniej przed R. nasadzał na szyjkę macicy nieco dłuższą niż zwykle słuchawkę i mógł tym sposobem w 6 tygodniu ciąży osłuchiwać tony w macicy.

2) Niezależnie od poprzedniego Hoffmann używał zgłębnika żołądkowego z podziałką do osłuchiwania, nasadzając na jego wolny koniec grubą, krótką rurkę szklaną, zaopatrzoną w płytkę uszną i nazwał ten przyrząd endostetoskopem. Tony serca słychać najwyraźniej na wysokości 35 do 30 ctm., przyczem skurcz brzmi jak ton podwójny, rozkurcz zaś nie jest tak głośny.

Na wysokości 25 ctm. słyszymy tylko szmery oddechowe. Nadto dodaje autor, że rozpoznawał tym przyrządem takie wady serca, o których nie mógł twierdzić stanowczo przy osłuchiwaniu zewnętrznem. Do osłuchiwania prawego serca nie nadaje się. Nawet można według autora rozpoznać miejsce powstawania szmeru, albowiem za najgłęb-

szem ustawieniem zgłębnika osłuchujemy aortę zstępującą, za nieco wyższem podstawę serca a za najwyższem łuk aorty.

3) Teissier używa do swego badania słuchawki długiej na 25 ctm. a dostaje się nią między oba mm. mostkoobojczykosutkowe poza mostek. W tym celu układa się chorego na plecy z nieco wyciągniętą szyją i podniesioną głową a zwróconą w przeciwną stronę od badającego. Najlepiej stać po prawej stronie chorego, by można nadać słuchawce o ile możności równoległy kierunek do tętnicy szyjnej wewn. i *truncus tracheo-cephalicus*, przyczem uciska się nieco na podgardle. Przy pewnej wprawie można dobrze wprowadzić słuchawkę i nie uciska się na krtań, tchawicę i naczynia. Autor wprowadza ją nawet w pozycyi siedzącej chorego.

Nie zawsze jednak możemy użyć tego sposobu a mianowicie, gdy podgardla (*jugulum*) niema np. u osób tłustych lub gdy za głęboko leży krtań np. u osób starszych. Najlepszą ta metoda okazała się w rozpoznawaniu wszelkiego rodzaju wad aorty. (*Wiener klin. Presse. Nr. 3. 1893*).

Dr. Olszewski.

Ginekologia.

Prof. Lebiediew: **O cięciu łonowem.**

Dnia 11. stycznia 1893 r. o godzinie 2. minut 40 po północy przywieziono do kliniki położniczej prof. Lebiediewa (w Petersburgu) kobietę 23 lat liczącą, rodzącą na czasie, po raz piąty.

Wywiady wykazały, że pierwszy poród zakończył się wymóżdżeniem, drugi kleszczami ze skutkiem dla dziecka niepomyślnym, trzeci, w obec dwóch poprzednich, wywołano przedwcześnie w tyg. 34., dziecko urodziło się siłami natury, lecz wkrótce zmarło; czwarty, zakończony pociąganiem za sprowadzone nóżki, w obec położenia pośladkowego, dziecko również nieżywe.

Obwód brzucha przez pępek wynosił 100 ctm., od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 41 ctm., do dna zaś macicy 37 ctm. Główka balotuje nad wchodem. Położenie czaszkowe drugie.

Ujście rozwarte na 3—4 ctm., pęcherz stojący. Odległość kolców 22 ctm., odl. grzebieni 25·5, wymiar prosty zewnętrzny wchodu 17 ctm., wym. przekątny wchodu 10 ctm., wym. prosty wchodu 8 ctm. Postanowiono zachować się tymczasowo wyczekująco. O 6 g. 15 minut rano pękł pęcherz a o 9 g. 50 m. ujście zupełnie się rozwarło. Chociaż macica przez cały ten czas kurczyła się energicznie, jednak poród ani na włos nie postąpił; utworzyło się tylko dość wielkie przedgłowie i przednia warga obrzmiała znacznie.

W obec niepomyślnych wyników poprzednich porodów nie można się było spodziewać, by i ten ukończył się pomyślnie siłami natury dla płodu, tembardziej, że tętno płodu stało się nieprawidłowem. Ze względu na wywiady a również na stanowcze życzenie rodzącej, która koniecznie chciała mieć dziecko żywe, można było wybierać między cięciem cesarskiem a cięciem łonowem; do cięcia cesarskiego nie było bezwzględnego wskazania, więc prof Lebiediew zdecydował się na drugi zabieg tem bardziej, że chciał w tym względzie nabyć doświadczenia. Po należytem przygotowaniu pola operacyjnego i zachloroformowaniu rodzącej, przystąpiono do operacyi. Rozcięcie miękkich części zaczęło się na 1 ctm. nad spojeniem łonowem w linii środkowej a nie dochodziło na 1 ctm. do łechtaczki; krwawienie było nieznaczne. Przyczepienie mięśni brzucha prostych nieco nadcięto, by można było zajść palcem po za spojenie łonowe; do pęcherza założono cewnik. Spojenie rozcięto nożem gałkowatym aż do więzadła łukowego (*lig. arcuatum*), poczem spojenie rozeszło się na $1\frac{1}{2}$ ctm. Pomocnicy uciskali na krętarze. Na balotującą główkę z trudnością założono w wymiarze ukośnym kleszcze Breusa, zmodyfikowane przez Dra Połotiebnowa.

Po jednej trakcyi główka wstąpiła do próżni; wtedy kleszcze zdjęto, jako założone w wymiarze niewłaściwym. Wkrótce przyszedł ból, dzięki któremu główka płodu przerznęła się przez szparę sromową, a w kilka chwil potem urodził się płód żywy.

Podczas obniżania się główki do próżni, spojenie łonowe rozeszło się na szerokość 7 ctm., chociaż trzasku żadnego, jak się to zdarzyło u prof. Krassowskiego, nie usłyszano; zaczęło się mocne krwawienie z poza spojenia, zatrzymane tamponowaniem gazą jodoformową i uciskiem krwawiącego miejsca ku spojeniu palcem od strony pochwy. — Kości łonowe połączono szwem jedwabnym węzełkowym, przeprowadzonym pod okostną; drugiem piętrem takiegoż szwu zostały połączone części miękkie w głębi rany a za pomocą trzeciego zeszyto powłoki. Krwawienie dość znaczne, jakie było jeszcze z naddarć na przedniej ścianie pochwy, zatrzymano szwami jedwabnymi. Na miednicę założono flanelową opaskę. Dziecko ważyło 4400 grm., długość 53 ctm., obwód główki 38·5 ctm., wymiar czołowy 8·75 ctm., w. ciemieniowy 10 ctm., w. prosty 12·75 ctm., w. ukośny duży 14·5 ctm., w. ukośny mały 12 ctm.

Prof. L. nie podziela zdania autorów twierdzących, że ta operacya może w przyszłości w średnich stopniach ścieśnienia miednicy odsunąć na drugi plan cięcie cesarskie, ponieważ 1° ona nie jest ani łatwiejszą, ani wygodniejszą, niż cięcie cesarskie; 2° krwawienie spowodowane pęknięciem ciał jamistych łechtaczki bywa bardzo obfite i bardzo trudne do tamowania; 3° obok dobrych wyników są i bardzo smutne n. p. przetoki pęcherzowo i cewkowo-pochwowe a nie można przewidzieć, czy zabieg ten nie stanie się przyczyną czasowego lub stałego kalectwa operowanej.

Nie radzi więc zapalać się do cięcia łonowego i operacyę tę poleca w średnich stopniach ścieśnień a szczególnie przy miednicach ogólnie ścieśnionych. (*Wracz Nr. 4. 1893*).

Péronne: **O nowym sposobie cucenia omdlałych noworodków.**

Dr. Péronne poleca nowy sposób cucenia omdlałego płodu, polegający na rytmicznem wyciąganiu języka, który daje jakoby pożądany skutek nawet w takim razie, gdy inne sposoby cucenia do niczego już nie prowadzą; by język nie wyślizgiwał się, radzi uchwycić go, chociażby szczypczykami. (*Union médicale du Nord-Est. Decem. 1892*).

Dr. Pławkowicki.

Chirurgia.

Eiselsberg (Wiedeń): **Przyczynek do kazuistyki eliminacyi jelita** (*Darmausschaltung*).

Operacya ta, wykonywana do niedawna tylko na zwierzętach w celach fizyologicznych, znalazła ostatnimi czasy zastosowanie w chirurgii a mianowicie w przypadkach w których typowe wycięcie jelita było niemożebnem. Polega ona na tem, że po oddzieleniu jelita prawidłowego od chorobowo zmienionego nie wycina się ostatniego, lecz pozostawia na kresce w jamie brzusznej; końce zaś oddzielonej pętli przeprowadza się na wzór przetoki jelitowej Vella na zewnątrz i zeszywa ze skórą ściany brzusznej. Końce jelita prawidłowego łączy się oddowiednim szwem. Stosowano tę operacyę w cierpieniach kiszki ślepej. Pierwszy przypadek operował w ten sposób Hochenegg, drugi Frank. Eiselsberg opisuje trzeci przypadek, operowany w lecie 1892 r. w klinice Billrotha; chora cierpiała od dosyć dawna na zapalenie kiszki ślepej; guz był bardzo duży, zrosty nader znaczne, wreszcie w okolicy kiszki ślepej były cztery przetoki kałowe. Korzystając z tych przetok zmienił Eiselsberg sposób postępowania o tyle, że po oddzieleniu zmienionego jelita nie wszył odciętych końców do ściany brzusznej, lecz zaszył je; wyeliminowane jelito komunikowało na zewnątrz przez przetoki, które wypełnił gazą jodoformową. Opatrunek zmieniano w ciągu pierwszych 2 tygodni po operacyi codziennie; tylko pierwszego dnia odeszło trochę kału, później wydzielina była ropną. W cztery tygodnie po operacyi chora czuła się najzupełniej zdrową, przetoka kałowa nie zagoiła się jednak jeszcze. W ośm tygodni po operacyi okolica, w której niezagojona znajdowała się przetoka, poczęła się wypuklać, wreszcie otworzyła się i wylało się z niej około łyżki stołowej płynnego kału; wydzielanie się kału z utworzonej przetoki usta-

ło po kilku dniach, poczem przetoka się zabliznila i nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Eiselsberg sądzi, że przetoka, powstała w 8 tygodni po operacyi, wychodziła nie z wyeliminowanej kiszki ślepej, lecz z miejsca połączenia jelita cienkiego z grubem.

Wobec tego, że opisana wyż operacya jest zupełnie nową, nie mamy oczywiście żadnego klinicznego doświadczenia w tej mierze. Na zasadzie jednak doświadczeń na psach (Hermann i jego uczniowie, Salzer) operacyę, wykonaną w ten sposób, jak w przypadku v. Eiselsberga, uważać musimy co najmniej za ryzykowną, gdyż nie mając pewności, że cała błona śluzowa wyeliminowanego jelita jest zniszczoną, nie możemy wykluczyć tego, że po niejakim czasie jelito pocznie wypełniać się kałem, przez gromadzące się masy kałowe zostanie rozepchniętem i w takich okolicznościach nastąpi przedziurawienie jelita. (*Wiener klin. Woch.* 1893 N. 8). *K. Klecki.*

E. Nicaise: **Zapalenie gruźlicze stawu kolanowego włókniste** (*Tumeur blanche fibro-plastique*).

N. opisuje w swej pracy dwa rzadkie przypadki zapalenia gruźliczego stawu kolanowego, gdzie w miejscu zwykłych wybujałości ziarninowych, które następnie rozpadają się i ropieją lub ulegają wstecznej przemianie zserowacenia, napotyka się torebkę stawu zgrubiałą i zamienioną w grubą warstwę tkanki włóknistej (*fibro-plastique*). Najostrzejsza forma sprawy gruźliczej w stawie daje obraz taki, że torebka rozmiękła i naciekła, o rozszerzonych naczyniach, pokryta jest naroślami i wypustkami tkanki zarodkowej, szarawej, opuchlinowej (*tissu fongueux*), w której spotykamy właściwe ogniska i guzki gruźlicze (gruzełki). W sprawie nie tak ostrej może się tworzyć tkanka zachowująca jeszcze po części budowę włóknistą, gdzie mamy również torebkę naciekłą, zgrubiałą i obrzękłą, t. j. tkankę galaretowato-słoninowatą (*tissu gelatino-lardacé*) a powstaje ona odrazu albo wyrabia się pod wpływem przemiany sprawy ostrej, dążącej do wyleczenia. Najrzadsze przypadki tyczą się spraw najwolniej przebiegających, gdzie czynnik drażniący i podniecający zapalenie najmniej jest nasilony a więc odżywienie najlepsze. Tkanka chorobliwa nie rozpada, ale organizuje się, rozrasta, staje się zbitszą i kosztem komórek naciekowych tworzą się między włóknami tkanki łącznej nowe włókna. Jest to rzeczywisty przerost (*hyperplasie fibro plastique*); to zboczenie czynności o początku zapalnym dąży nie do zniszczenia tkanki, ale do pewnego rodzaju tworzenia nowotworowatego (*néoformation*) i może być pomieszane przy powierzchownem badaniu z mięsakiem włóknistym. — Podobne sprawy stawia Billroth jako sprawę przejściową (*processus de transition*) między właściwą sprawą zapalną bez hiperplazyi a przerostem nowotworowym.

Do takiego przerostu tkankołącznowego dołącza się niekiedy obfite nagromadzenie tłuszczu, który albo przerasta na wskróś włóknistą tkaninę, albo zbiera się koło niej jako tkanka tłuszczowa (*dystrophie steatogène*, Le Gendre).

Na dwóch przypadkach typowych a dwóch pomięszanych z zwykłą sprawą gruźliczą, rozbiera N. szeroko i długo swoje zapatrywania się; mogą one być racyonalne, ale zdaje się, że to są stare rzeczy tylko uporządkowane nie bez przesady, bo najczęściej wszystkie formy są pomięszane, tylko jedna przeważa w tym, inna w owym przypadku. — (*Révue de Chirurgie. Octobre 1892*).

Dr. Gabryszewski.

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko pijaństwu radzi na podstawie własnego doświadczenia Starck w Kolonii wstrzykiwać podskórnie po 0·50 a w razie okoliczności tylko po 0·25 następującego płynu:

43) Rp. *Strychnini nitrici* 0·06
Aquae destil. 15·00

a prócz tego zadawać trzy razy dziennie po 0·50 *natrium bromatum.* (*Ther. Monatshefte. 1892*).

Na trądzik (*acne*) i różę w twarzy zaleca Unna w Hamburgu pokost ichtyolowy:

44) Rp. *Ichthyoli* 25·00
Acidi carbolici 2·50
Amyli puri 50·00
Aquae destil. 22·50

Ichtyol i kwas karbolowy należy rozpuścić w ciepłej wodzie a potem dodać do tego skrobię podczas ciągłego wcierania. (*Mtshefte f. prakt. Dermatol.*).

Przeciw poceniu się nóg zaleca Rabow wsypywanie do pończoch i do obuwia proszku:

45) Rp. *Acidi salicylici*
Aluminis
Amyli oryzae āā 10·00.

(*Ther. Mtshfte*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od Komitetu polskiego XI. lekarskiego Zjazdu międzynarodowego w Rzymie.

Niniejszem podaję do wiadomości Szan. Kol. w Poznańskiem, iż Wydział lek. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu upoważnił do pośredniczenia między członkami Tow. a Komitetem krak. w sprawach Zjazdu koll. Dembińskiego i Wicherkiewicza.

Ponieważ byłoby rzeczą pożądaną, ażeby temata odczytów, które mają być wygłoszone przez Szan. Kolegów, mogły być do 1. maja przesłane Centralnemu Komitetowi w Rzymie, wraz ze spisem członków, którzy udział wziąć w Zjeździe zamierzają, przeto pozwalam sobie upraszać o nadsyłanie ich do Komitetu krak. pod moim adresem.

Prof. N. Cybulski w Krakowie.

— Tegoroczna epidemia duru brzusznego we Lwowie ogranicza się prawie wyłącznie do dzielnicy Łyczakowskiej a mianowicie do ulicy Łyczakowskiej i jej sąsiednich, w pasie od kościoła św. Antoniego po plac cłowy, t. j. do dolnej jej części.

Wystąpiła ona z niezwykłą gwałtownością tak, iż w tejże dzielnicy od 12. marca do 4. kwietnia zachorowało na dur brzuszny 155 osób, gdy ogólna ilość przypadków chorobowych w całem mieście wynosi 194. Według statystyki zaczerpniętej z urzędowych raportów fizyka miejskiego Dra Pawlikowskiego epidemia przedstawia się tak:

od d. 12—22	marca	zachor.	na dur	21	osób	(na Łyczak.	19	o.)
„ 22—23	„	„	„	23	„	„	20	„
„ 23—24	„	„	„	8	„	„	4	„
„ 24—25	„	„	„	29	„	„	29	„
„ 25—26	„	„	„	9	„	„	8	„
„ 26—27	„	„	„	21	„	„	15	„
„ 27—28	„	„	„	21	„	„	13	„
„ 28—29	„	„	„	5	„	„	3	„
„ 28—30	„	„	„	12	„	„	11	„
„ 30—31	„	„	„	16	„	„	10	„
od 31 marca do 1 kw.		„	„	12	„	„	10	„
„ 1—2 kwietnia		„	„	10	„	„	9	„
„ 2—3	„	„	„	0	„	„	0	„
„ 3—4	„	„	„	7	„	„	4	„

Dodać przytem należy, iż osoby chore, w ostatnich raportach umieszczone, znajdują się obecnie już co najmniej w 10. dniu choroby.

W obec okoliczności, iż tylko w pewnej części dzielnicy Łyczakowskiej nagle tak gwałtownie wybuchła epidemia duru brzusznego, w części zaopatrywanej w tymże czasie w wodę z jednego źródła pochodzącą, t. j. z t. zw. wodociągu dominikańskiego, nasuwa się wszelkie prawdopodobieństwo, iż przyczyny szerzenia się zarazka tyfusowego należy szukać w tejże wodzie. Przemawia za tem także i ta okoliczność, iż od chwili zamknięcia tego źródła wody, t. j. od dnia 25. marca epidemia

widocznie słabnie, — jak i badanie bakteryologiczne wody z ul. Łyczakowskiej, dokonane w pracowni c. k. krajowej Rady Zdrowia, które tylko w wzmiankowanej wodzie wykazało prątki odpowiadające bardzo napotykanym w durze brzusznym a brak ich w innej wodzie z tejże samej ulicy zaczerpniętej, lecz z innych źródeł pochodzącej.

Na pierwszą urzędową wiadomość o wybuchu epidemii przedsięwzięło c. k. Namiestnictwo wspólnie z Magistratem energiczne środki zaradcze, odbyły się 2 nadzwyczajne posiedzenia w tym celu c. k. krajowej Rady Zdrowia i dzięki energicznym zarządzeniom obecnie epidemia zdaje się zupełnie opanowaną.

— Profesorowie Obaliński i Rydygier wyjechali na kongres chirurgów do Berlina.

— **Cholera.** Po kilku tygodniach pauzy pojawiła się cholera w kilku wsiach nad Zbruczem w powiecie borszczowskim w Galicyi, gdzie dotychczas zmarło na nią kilkanaście osób. Ponieważ z drugiej strony Zbrucza na Podolu rosyjskiem cholera występuje ciągle (według dat urzędowych departamentu lekarskiego w Petersburgu zachorowało tamże na cholerę od 16. lutego do 1. marca s. s. 289 a umarło 84 osób), przeto zdaje się na pewno, iż do Galicyi dostała się teraz cholera z Podola rosyjskiego, najpodobniej do prawdy przez przemytników. Władze sanitarne i administracyjne galicyjskie rozwinęły czynność bardzo energiczną celem stłumienia zarazy, występującej, jak dotąd przynajmniej, bardzo łagodnie, t. j. w nieznacznej liczbie przypadków. Ażeby na każden przypadek zapewnić ludności pomoc lekarską w razie rozszerzenia się epidemii, ogłasza Namiestnictwo galicyjskie, iż lekarze pragnący działać podczas epidemii otrzymają prócz zwrotu kosztów podróży dyety po 10 zlr., które w miarę okoliczności miejscowych będą podwyższone do 15 złr. Prócz tego zwraca się uwagę, iż w myśl Najwyższego postanowienia z dnia 3. lutego 1856 r. wdowy i sieroty po lekarzach, którzy w służbie zarazili się i padli ofiarą swego powołania, mają takie samo prawo do pensyi wdowiej i dodatku na wychowanie, jak wdowy i sieroty po lekarzach zostających w służbie rządowej.

Według ostatnich wiadomości pojawiła się cholera na nowo w Lorient we Francyi, gdzie na nią umarło dotychczas kilkanaście osób.

W gubernii Tomskiej na Syberyi zachorowało na cholerę od 11. lipca do 15. grudnia 16678 osób, z których zmarło 9190. Najbardziej grasowała zaraza w samym Tomsku, gdzie zachorowało 1527 a umarło 965 osób.

Według raportu fizyka budapeszteńskiego nie ulega wątpliwości, że główną przyczyną szerzenia się cholery w tem mieście było używanie niefiltrowanej wody z Dunaju.

— W miesiącu lutym r. b. zdarzyły się w Warszawie następujące przypadki: zabójstwa 2, samobójstw 11 dzieciobójstw 3, noworodków martwych 4, nagle zmarło 15 osób, zagorzało na śmierć 2, zagorzała, lecz ocalała jedna osoba, z poparzenia zmarła jedna osoba, przejechali i zranili dorożkarze 2 osoby, wozy robocze jedną osobę, zamachów samobójczych było 6, usiłowanie dzieciobójstwa jedno, uległo kalectwu we fabrykach i zakładach 6, uległa kalectwu ze spadnienia z wysokości jedna osoba, poraniono podczas bójek 9 osób, podrzucono dzieci 6, pożarów było 4.

— Według obliczeń Dra Wiliama Rogera powiększa się stale śmiertelność z raka w Anglii od r. 1838. W roku tym przypadł jeden przypadek śmierci z raka na 140 zmarłych, w r. 1850 jeden na 74, w r. 1860 jeden na 62, w r. 1870 jeden na 54, w r. 1880 jeden na 40, w r. 1890 jeden na 28 czyli w 52 latach śmiertelność powiększyła się w czwórnasób. Tak samo stało się w Szkocyi, Norwegii, Holandyi, Prusiech, Australii. W Irlandyi przeciwnie śmiertelność z raka utrzymała się na dawnym stopniu a może nawet nieco zmniejszyła.

Zbytnie żywienie się i brak ćwiczeń ciała są zdaniem Rogera głównemi przyczynami powiększania się śmiertelności z raka.

— Doroczne zebranie francuskiego towarzystwa oftalmologicznego odbędzie się w Paryżu 1. maja r. b. Na porządku dziennym: 1) rzecz o aseptyce i antyseptyce w operacyach ocznych, referentem Noel z Leodyum i 2) o leczeniu zezu, referentem Parinaud z Paryża.

— W roku bieżącym wychodzi pism peryodycznych lekarskich w Warszawie 7, w Petersburgu 35, w Moskwie 3, w Charkowie 2 a po jednem w Dorpacie, Bryańsku, Woroneżu, Kazaniu, Kijowie, Lipecku i Czernichowie.

— Cesarstwo niemieckie ma obecnie 20 uniwersytetów, na które przeznaczyło w budżecie na rok ubiegły 14459594 marek, gdy monarchia austro-węgierska wydaje na swych 11 uniwersytetów 3606140 złr. czyli około 6000000 marek a Francya na wydziały odpowiadające zupełnie uniwersytetom niemieckim 11088064 franków czyli około 9000000 marek. Z tych trzech przeto państw najlepiej uposaża swe uniwersytety cesarstwo niemieckie. Anglii nie można z temi państwami porównywać, ponieważ tam uniwersytety a mianowicie w Cambridge, Oksfordzie, Glasgowie i Edynburgu mają bardzo znaczne majątki własne, utrzymują się prawie same i z tej przyczyny dostają ze skarbu państwa zasiłek bardzo nieznaczny, wynoszący teraz rocznie 55940 funtów szterlingów czyli koło 1000000 marek. Uniwersytety w Oksfordzie i w Cambridge nie otrzymują nawet żadnego zasiłku od państwa a mają razem wydatku 108754 funtów szterlingów czyli około 2000000 marek rocznie.

— Magistrat berliński rozpisuje konkurs na posadę dyrektora szpitala miejskiego dla chorych na padaczkę. Pensya 8000 marek, mieszkanie i opał bezpłatne. Za takie wynagrodzenie dostanie szpital niewątpliwie na dyrektora specyalistę gruntownie wykształconego, który cały odda się zakładowi a z pewnością będzie mieć jeszcze dosyć czasu, by pracować dla nauki i wyzyskać dla niej wielki materyał, który będzie mieć w swej pieczy.

— **Nekrologia.** Dr. Antoni Kukulski zmarł w Bieczu w dniu 11. kwietnia r. b. przeżywszy lat 49.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. kwietnia b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne; 2) kol. prof. Obaliński pokaże przyrząd własnego pomysłu; 3) kol. prof. Gluziński będzie mówić o krwotokach płucnych i przedstawi odpowiednie preparaty.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. J. w R. na W.** O chorobach jamy nosowej nie mamy żadnego dzieła w języku polskim; co się zaś tyczy ginekologii, to za trzy miesiące wyjdzie z druku nakładem krakowskiego wydawnictwa dzieł lekarskich ginekologia Dra Władysława Bylickiego ze Lwowa. Pierwsze arkusze tego dzieła są już nawet wydrukowane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się zdanie sprawy ze Szczawnicy dla Prenumeratorów w monarchii austro-węgierskiej.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.